



**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Graduação da UFFS**

**1 DADOS DO CANDIDATO:**

1.1 Nome completo: \_\_\_\_\_

1.2 CPF: \_\_\_\_\_

1.4 Curso: \_\_\_\_\_ Ano: 20 \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

**2. DADOS CLÍNICOS** (a ser preenchido pelo exclusivamente pelo médico assistente):

ATESTO para fins de ingresso nos cursos de graduação da UFFS que \_\_\_\_\_

CPF Nº \_\_\_\_\_ é considerado **Pessoa com**

**Deficiência** por possuir a(s) seguinte(s) condição(ões)\*:

**Deficiência Física** - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de (*assinalar abaixo*):

( ) paraplegia. ( ) paraparesia. ( ) monoplegia. ( ) monoparesia.

( ) tetraplegia. ( ) tetraparesia. ( ) triplegia. ( ) triparesia.

( ) hemiplegia. ( ) hemiparesia. ( ) ostomia. ( ) nanismo.

( ) amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral.

( ) membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Informar abaixo quais as funções prejudicadas:

Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigência: \_\_\_\_\_

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento? \_\_\_\_\_

\* Em caso de deficiência múltipla, marcar as opções correspondentes:

Nome do Médico: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_  
Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_  
(Registro de Qualificação de Especialista – RQE (quando for o caso): \_\_\_\_\_)  
Estado: \_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
(Local e data)

**Deficiência Auditiva:**

( ) limitação de longo prazo da audição, unilateral total ou bilateral parcial ou total, considerando o valor referencial da limitação auditiva, a média aritmética de 41 dB (quarenta e um decibéis) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz (quinhentos hertz), 1.000 Hz (mil hertz), 2.000 Hz (dois mil hertz) e 3.000 Hz (três mil hertz).

Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigência: \_\_\_\_\_

Resultado da audiometria: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que realizou o exame de audiometria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Data de realização do exame: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento? \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

(Registro de Qualificação de Especialista – RQE (quando for o caso): \_\_\_\_\_)

Estado: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
(Local e data)

**Deficiência Visual:**

( ) cegueira: acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

( ) baixa visão: acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigência: \_\_\_\_\_

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20\_\_\_\_:

Olho esquerdo: \_\_\_\_\_ Olho direito: \_\_\_\_\_

Resultado da Campimetria Visual (*em graus*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado da Retinografia :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do profissional que realizou o exame de acuidade visual: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Data de realização do exame: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que realizou o exame de campimetria visual (se realizado): \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Data de realização do exame: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que realizou a retinografia (se realizado):

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Data de realização do exame: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento? \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

(Registro de Qualificação de Especialista – RQE (quando for o caso): \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
(Local e data)

\* Em caso de deficiência múltipla, marcar as opções correspondentes:

**Visão Monocular:**

( ) Conforme Súmula nº 45 da Advocacia-Geral da União (AGU) e Súmula 377 do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigência: \_\_\_\_\_

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20\_\_\_\_:

Olho esquerdo: \_\_\_\_\_ Olho direito: \_\_\_\_\_

Resultado da Campimetria Visual (*em graus*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado da Retinografia :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do profissional que realizou o exame de acuidade visual: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Data de realização do exame: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que realizou o exame de campimetria visual (se realizado): \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Data de realização do exame: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que realizou a retinografia (se realizado):

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Data de realização do exame: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

(Registro de Qualificação de Especialista – RQE (quando for o caso): \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
(Local e data)

**Deficiência Intelectual/Mental:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como (*assinalar as opções abaixo*):

- ( ) comunicação. ( ) cuidado pessoal. ( ) habilidades sociais.  
( ) utilização dos recursos da comunidade. ( ) saúde e segurança.  
( ) habilidades acadêmicas. ( ) lazer. ( ) trabalho.

A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? ( ) Sim ( ) Não.

Qual a idade em que a Deficiência se manifestou? \_\_\_\_\_

A inteligência do candidato, aferida pelo teste \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ situa-se significativamente abaixo dos parâmetros da normalidade, com Quociente de Inteligência (QI) firmado em \_\_\_\_\_, a partir de avaliação psicológica.

Nome do profissional que realizou a testagem psicométrica: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Período de realização : \_\_\_\_\_

Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigência: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento? \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

(Registro de Qualificação de Especialista – RQE (quando for o caso): \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
(Local e data)

**Transtorno do Espectro Autista:** é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela que apresenta síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes itens (*Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012*):

( ) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento.

( ) padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Idade de início das manifestações clínicas? \_\_\_\_\_ anos.

\* Em caso de deficiência múltipla, marcar as opções correspondentes:

---

Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigência: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento? \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho profissional: \_\_\_\_\_

(Registro de Qualificação de Especialista – RQE (quando for o caso): \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
(Local e data)